FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marius BOUSCARLE

Ancien Moniteur à la Clinique d'Accouchement
et de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Né à Cavaillon (Vaucluse), le 8 Juillet 1888

DES

UTÉRUS DOUBLES

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Président : M. BRINDEAU, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
ASSESSEUR	AUGUSTE BROCA
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BRINDEAU, JEANNIN, COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propedeutique	SERGENT

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. LE DENTU, GARIEL, HAYEM, PINARD, KIRMISSON, RIBEMONT-DESSAIGNES, HUTINEL, ROBIN, QUÉNU, POUCHET, BAR, PIERRE MARIE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DESMAREST	LE LORIER	RATHERY
ALGLAVE	DUVOIR	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	FIESSINGER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOIN	GARNIER	LEREBOULLET	ROUSSY
BLANCHETIERE	GOUGEROT	LÉRI	ROUVIÈRE
BRANCA	GRÉGOIRE	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CAMUS	GUENIOT	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRÉ	LARDENNOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Tout mon amour filial. Je ne saurais jamais trop leur témoigner ma grande reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

TUÉ A L'ENNEMI (SEPTEMBRE 1914)

A MA SŒUR AINÉE

Toute mon affection.

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ QUELQUE INTÉRÊT

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Hommage respectueux et reconnaissant de l'intérêt qu'il nous a porté et de l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON EXCELLENT MAITRE

M. le Professeur Paul BAR

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur honoraire
Commandeur de la Légion d'Honneur

Bien faible tribut de notre profonde et respectueuse reconnaissance, pour son enseignement magistral, la façon paternelle dont il nous a accueilli comme moniteur. Puisse son exemple guider toujours notre conscience dans la carrière médicale.

A MES MAITRES DANS LE MONITORAT
A LA CLINIQUE TARNIER

M. le Professeur agrégé LEQUEUX

M. le Professeur agrégé METZGER
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

M. le Professeur agrégé ECALLE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE

M. le Professeur agrégé VANDESCAL
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE

MM. les docteurs DIDIER et VIALA
ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE ADJOINTS

M. le Professeur agrégé LAFFONT et
Le Docteur CHOMÉ

A M. le Docteur LANTUÉJOUL
Chef de clinique

MM. les Docteurs RÉGLADE, LEROUX, CERNÉ
Chefs de clinique adjoints

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur SEGOND
(Salpétrière 1909) (*in memoriam*)

M. le Professeur KIRMISSON
(Enfants-Malades, novembre 1910-mars 1911)

M. le Docteur PETIT
(Hotel-Dieu, novembre 1913-mars 1914)

M. le Docteur GANDY
(Cochin, mars 1914-juillet 1914)

M. le Professeur agrégé LEREBOULLET
(Laënnec, janvier-avril 1919)

M. le Docteur POTHERAT
(Hotel-Dieu, avril-juillet 1919)

M. le Professeur BAR
(Clinique Tarnier, octobre 1919-janvier 1920)

M. le Professeur HUTINEL
(Enfants-Malades, février-juillet 1920)

A M. le Professeur NOBÉCOURT

M. le Docteur M. MAILLET
ancien chef de clinique

Au moment où nous terminons la rédaction de notre thèse, une femme, dont l'observation avait servi de prétexte à la leçon clinique de M. le professeur Brindeau, et dont l'évolution de la grossesse avait été suivie régulièrement à la clinique Tarnier, vient d'accoucher à cette même clinique. Grâce à l'extrême obligeance de notre maître, ce dont nous le remercions vivement, nous avons la bonne fortune de pouvoir mettre en tête de notre travail, cette observation détaillée qui vient ainsi se joindre à celles dont nous donnons le résumé :

Mme D... Y..., 19 ans, I pare, est examinée, au cours de sa grossesse à la consultation de la clinique Tarnier, pour la première fois, vers trois mois et demi. Le toucher fait constater l'existence d'une cloison vaginale antéro-postérieure, s'insérant sur une bride transversale ; le palper perçoit avec netteté deux cornes utérines séparées par un sillon médian assez profond.

Dans les antécédents pathologiques de cette femme, il y a à noter une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans, à la suite de laquelle il persiste de la surdité ; et une pneumonie à 18 ans.

Elle a été réglée pour la première fois à 15 ans et une seule fois par an jusqu'à 18 ans, époque où les règles surviennent chaque mois, soit avec un peu de retard, soit avec un peu d'avance ; elles sont peu abondantes, durent à peine trois jours et non douloureuses ; la malade a simplement observé qu'elle avait parfois des faiblesses, qui l'obligeaient, lors de ses règles, à s'aliter.

Mariée en janvier 1923, ni la femme, ni le mari ne se sont aperçus de quoi que ce soit d'anormal.

Les dernières règles apparues sont du 13 avril 1923. Quelques vomissements au début, et la grossesse évolue normalement. La malade est examinée le 9 octobre 1923 et M. le professeur Brindeau porte le diagnostic d'utérus double : corne droite gravide, corne gauche vide. Bride vaginale en T et formant diaphragme, seconde petite bride très en avant, qui semble conduire sur un second col. Les examens ultérieurs ont eu lieu le 10 novembre et le 15 décembre 1923. Le 5 janvier 1924, on note que la tête se fixe en droite. Dès le cinquième mois, la bifidité s'atténue progressivement, si bien qu'à 8 mois et demi et à terme, il est impossible par le palper de retrouver les deux cornes. Le 16 janvier 1924, col effacé. Le 21 janvier, début de travail : dilatation comme 50 centimes, la malade est gardée au dortoir.

Le 22 janvier 1924, les douleurs deviennent plus fortes ; à 4 heures du matin, la femme est transportée à la salle de travail où l'on note : Dilatation comme 2 francs, membranes intactes, enfant vivant, sommet en D. T.

M. le professeur Brindeau examine la malade à 10 h. 45 et décide d'intervenir. Anesthésie lombaire. Il est à noter, lors de cet examen, que la palpation ne suffit plus à porter le diagnostic d'utérus double : les deux cornes se sont fondues et l'utérus présente extérieurement une forme normale ; pendant les contractions utérines même, on ne perçoit pas du tout l'aspect bicorne de l'utérus.

Le périnée devient extrêmement souple et permet l'introduction d'une large valve ; on aperçoit ainsi la bride transversale qui est perforée de deux orifices, permettant facilement l'introduction de l'index, et qui est séparée par une cloison antéro-postérieure : l'aspect donne tout à fait l'impression d'une extrémité de trompe d'éléphant.

Section de la bride aux ciseaux. La main introduite dans le vagin pénètre immédiatement jusqu'au col, qui est dilaté

comme une paume de main, très souple et ne donne naissance à aucune résistance. Les membranes sont intactes et l'on pratique la rupture artificielle. Sommet en D. T., sur lequel on fait une application de forceps Tarnier. Rotation ; dégagement manuel. Périnée absolument intact.

Délivrance artificielle. Le placenta s'insère au fond. La main décolle le placenta qui se continue dans la corne droite. Après l'expulsion, on pratique le toucher intra-utérin et on voit qu'il s'agit d'un utérus nettement bicorne, avec la corne droite nettement plus développée que la corne gauche.

Tamponnement intra-utérin et vaginal pour compression de la section de la bride vaginale.

Historique

Simple à l'état normal, l'utérus peut, chez certaines femmes, présenter des malformations qui ne sont que des anomalies de formes, basées sur des vices de développement des canaux de Müller.

Le premier cas de cette anomalie semble avoir été rapporté par Julius Obsequens dans son livre *De Prodigiis*. Antoine Catti, anatomiste napolitain, serait, d'après Morgagni (*de Sed. Epist. 3. 21*) celui qui aurait rapporté la première dissection en 1557 d'un utérus partagé en deux parties. Gaspard Bauhin rapporte (*Theatrum anatomicum*) qu'en 1599, au Collège des Lombards, à Paris, on disséqua une femme dont l'utérus était divisé par une cloison.

Son frère Jean trouva, chez une jeune fille, un cas analogue. Riolan cite un cas observé par Sylvius et disséqua en 1625 une jeune fille qui avait un utérus cloisonné.

Thomas Bartholin (*Anat. renov. lib. 1 cap. 30*) parle d'une femme qui présentait deux vagins ouverts au dehors par deux orifices, l'un étroit, l'autre large et qui venait d'accoucher par ce dernier.

Pierre Borelli (1670) cite le cas d'une jeune fille présentant deux vulves.

Cl. Purcell, de Dublin, (*Trans. Philos. V, 64*) trouve sur le cadavre d'une jeune femme morte en couches, au neuvième mois de sa grossesse, une matrice, contenant un fœtus bien venu et à côté une seconde matrice, vide, normale, les deux matrices sont réunies par le col, le vagin est également double.

Dionis (*Hist. anat. d'une matrice extraord. Paris 1693*) rapporte le cas d'une femme ayant tous les spmptômes de grossesse, hormis la suppression des règles, et qui au sixième mois fit des accidents mortels. L'autopsie fit trouver deux utérus, dont le plus petit rudimentaire, était rompu, il était le siège de la grossesse ; l'utérus le plus grand contenait un faux germe. Il s'agissait d'une dame de la cour de Louis XIV.

Canestrini (*Hist. de utéro-dupio*) rapporte le cas d'une femme IIIpare morte à quatre mois des suites d'une rupture de grossesse développée dans une corne atrophiée.

Morand lut à l'Académie des Sciences (*Mém. Acad. 1743*) une lettre de Cruger, chirurgien danois, contenant l'observation d'une femme morte en couches et chez laquelle il trouva deux matrices, ayant chacune un orifice ; le vagin était simple.

Bagard (*Obs. anat. sur une double matrice, 1752*) rapporte le cas d'une femme âgée de 48 ans qui avait eu quatorze grossesses, menées à terme et qui

avait deux matrices à col unique, chez laquelle il se produisit un avortement de 4 mois 1/2 avec expulsion de deux jumeaux et un placenta ; un mois après il y eut expulsion d'un nouveau fœtus de six semaines environ.

Littré, Vallisnieri, Tilinge, Eisenmann, Sue Majotchi, Pale, Baesefluch, Callisen publièrent des observations

Tiedemann (*Journ. Compl. d. Dict. des Sciences Méd. T. 6. p. 371*) parle d'une pièce du musée anatomique d'Heidelberg, prélevée sur une femme morte en couches. Entre les médecins, qui examinaient cette femme au moment du travail, s'éleva un dissentiment : l'un prétendait que le travail n'était pas commencé et l'autre que la tête était fortement engagée.

Louis, dans un travail du 15 avril 1790, rassemble tous les cas publiés avant lui.

Dans la traduction de l'*Obstétrique* de Baudelocque, par Meckel T. II, 1794, il existe une notice rapportant que le nommé Hunter acheta 50 guinées une préparation très rare : matrice double dont une partie contenait un enfant prêt à naître et l'autre un embryon de 4 mois.

Wert, 1824, publie le cas d'une femme morte de péritonite à la suite d'une déchirure de la cloison qui existait entre les deux cavités de la matrice. Entre les deux sages-femmes, qui donnaient leurs soins à cette parturiente, surgit une discussion semblable à celle rapportée par Tiedemann. La femme

eut une syncope lors du passage de la tête au détroit supérieur, précédée d'une très vive douleur abdominale.

Olivier d'Angers (1825) cite une femme Vpare, morte de rupture du lobe droit d'un utérus cloisonné qui contenait un fœtus ; le vagin était unique.

Cassan, en 1826, soutient sa thèse, inaugurale d'agrégation : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'utérus doubles et de superfétation.*

Bérard jeune (*Clin. Hosp. T. I,* 27) cite l'observation d'un accouchement laborieux d'une femme dont la grossesse était à terme : la matrice à deux lobes était divisée par une cloison s'étendant sur le col et le vagin : enfant mort.

Geiss (*Gaz. Méd.*, 1828) relate l'observation d'une femme accouchée à terme, chez laquelle il constata des contractions localisées à droite de l'abdomen ; conduit à pratiquer une version, il extrait un enfant du sexe masculin ; le volume de l'abdomen diminue à droite. De nouvelles contractions se produisent et restent alors localisées à gauche de l'abdomen : les membranes font saillie par une ouverture située à gauche du col par où s'est produit le premier accouchement. Geiss pratique une deuxième version et extrait un enfant du sexe masculin. La délivrance artificielle fut faite dans les deux utérus et une hémorragie abondante eut lieu par inertie du deuxième utérus.

Dance, dans les *Archives de Médecine* 1829, rapporte trois observations, dont une d'une femme

morte à l'Hôtel-Dieu à cinq mois de grossesse. Lauth, dans *Les Rep. Anatom. et physiol.* 1829, relate les cinq cas dont les pièces sont au musée de Strasbourg.

Hergott, Strasbourg 1839, soutint sa thèse : *Essai sur les différentes variétés de la forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement.*

Lee, 1832, Moreau, 1833, Leroi, de Versailles, Marjollin fils (*in Th. Krecz*), Renauldin, 1841, publient de nouvelles observations.

Le travail de J. Müller donne naissance aux nombreuses recherches de J. Geoffroy-St-Hilaire, Rathke, Serre, Moudin, Bischoff, Meissner, Busch, qui fit de ces anomalies des arrêts de développement. J. Müller, en 1830, donnait déjà une explication embryologique.

Rokitansky *Uber die sogennanten Verdoppellungen des Utérus* 1838, donne une division, une classification des anomalies utérines que Krecz utilise dans sa thèse, mars 1842.

Forster complète cette classification, Cruveilhier en publie également une et Küssmaul leur donna une base embryologique (von dem *Mangel des Verkümmerung und der Verdoppelung der gebartmutter*, 1859).

Stolz fait un historique très complet (*Gaz. Med., Strasbourg*, 1860).

Le Fort, par sa thèse d'agrégation « *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier*, 1863 », marque une date dans la divul-

gation de l'étude de ces anomalies. Suivent les communications de Willemin (*Gaz. Méd., Strasbourg*, 1864), la thèse de Boppe (*observations de matrices doubles, conséquences pour la grossesse et l'accouchement*, Strasbourg, 1866 ; les travaux de Holst, Furst, Schatz, les mémoires d'Oshausen, Mengebauer, Bandl, Ollivier, celui plus particulièrement de Freund où cet auteur étudie la pathogénie ; les communications de Depaul, 1853, Leudet, 1861, Odier-Chantreuil, 1866, H. Ollivier, 1870.

La thèse de Wurtz, *Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement*, 1878. Le mémoire d'Hergott, 1880. La thèse de H. Rocher, 1880. Le traité de Schrader, 1881 ; les thèses de Mayer, 1883, de Kiderlen, 1884.

Les communications et publications se font dès lors plus nombreuses ; après avoir étudié ces anomalies surtout du point de vue anatomique, on recherche davantage leurs rapports avec les fonctions de la Maternité, et la pathogénie en est très discutée. Les noms de tous les obstétriciens et gynécologues des dernières années du XIX[e] siècle jusqu'à nos jours, devraient être cités : Pick, Pfannenstiel, Pollak, Müller, Strassmann, Opitz, Holzapfel, Benike, Henderson, Dunning, Senft, Tarnier, Budin, Pinard, Bar, Pozzi, etc.

En 1885, Secheyron étudie spécialement la bride recto vésicale.

La thèse de Picot, 1891, *Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical.*

En 1897, un important travail de Nagel, dans la gynécologie de Veit. Le traité de gynécologie de Pozzi.

En 1899, mémoire de Winckel.

En 1903, un travail d'Ombredanne et Martin sur la classification. Mac Grégor, réunit 100 observations.

En 1904, Wertheim fait paraître un important article (*Schwangerschaft und gebürt bei Missbildungen des Uterus in v. Winkels Handbuch des Geburtshülfer*).

1904, Mémoire de Guérin Malvale.

En 1910, important travail de G. Piquand.

1910 également, l'article publié par Menge *Bildungsfelhler der weiblichen Génitalien dans Handbuch der gynékologie de Veit.*

Des chapitres différents dans le traité d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage, le précis d'obstétrique de Maygrier, les éléments d'obstétrique de Wallich, le traité d'obstétrique de Fabre et l'article *Malformations congénitales de l'utérus*, de Treub et Brindeau dans : La pratique de l'art des accouchements de Bar, Brindeau et Chambrelent (1914).

Entre temps, de nombreuses thèses ont été soutenues à Paris ,en province et à l'étranger : Chéron, Pruvost (Paris), Bournus (Bordeaux), Lemaitre (Paris), Bousquet (Montpellier), Beasse, Le Besque, Stern, Gaulène, Pamboukis (Paris).

Embryologie et Anatomie comparée

Nous n'avons pas l'intention de faire ici, une étude approfondie de l'embryologie de l'utérus, mais il nous paraît utile de rappeler quelques données sur la formation de l'appareil génital de la femme, qui nous permettront de comprendre plus facilement ces vices de conformation que sont les utérus doubles.

Dès les premiers temps de l'existence du corps de Wolff, en connexion étroite avec lui, se développe le canal de Müller. Il part de l'extrémité antérieure du corps de Wolff, sur son bord interne où il s'ouvre dans le caelome par un orifice infundibuliforme. Se plaçant sur le bord externe du corps de Wolff, en dehors du canal de même nom et au-dessous du rein primitif, il passe en dedans du canal de Wolff, avec lequel il est réuni par une masse conjonctive épaisse, formant un cordon, le cordon génital. L'extrémité inférieure du canal de Müller s'abouche dans le sinus uro-génital. La glande génitale est située sur le côté interne du tube de Müller à hauteur de son orifice supérieur ; elle est reliée à la paroi caelomique par le ligament inguinal qui va devenir le

ligament rond et qui, passant au devant du cordon génital, s'insère sur lui.

Cette insertion sur le cordon génital divise le canal de Müller en deux portions qui vont évoluer différemment. La portion supérieure à l'insertion du ligament rond et qui se trouve externe à ce ligament, va devenir la trompe ; l'autre, inférieure à l'insertion et interne va s'unir avec la portion semblable du canal de Müller du côté opposé, et leur réunion constituera l'utérus et le vagin.

Si nous étudions donc la conformation de l'utérus à un stade jeune de l'embryon, nous trouvons que l'utérus est constitué par deux tubes nettement séparés à direction sensiblement verticale. A une période plus avancée dans la vie embryonnaire, les canaux de Müller se rapprochent dans leur portion inférieure et s'accolent par leur bord interne ; ils se soudent intimement sur la ligne médiane.

Un troisième stade de l'évolution utérine est marqué par la migration des ovaires : dans sa descente la glande génitale entraîne l'extrémité supérieure du canal de Müller qui se coude au niveau de l'insertion du ligament rond ; la différenciation s'opère entre ce qui sera cavité utérine proprement dite et la trompe.

A une période encore plus avancée de la vie fœtale, la cloison commune résultant de l'accolement des deux canaux de Müller se résorbe ; la cavité utérine devient unique ; à ce moment, vers le commencement du cinquième mois la lame épithéliale du

vagin, comblant la cavité vaginale dans toute sa hauteur, donne naissance par son extrémité profonde à un bourgeon lamelleux figurant une cupule aplatie d'avant en arrière qui s'enfonce dans l'épaisseur du cordon génital et y dessine un mamelon de même forme représentant la portion vaginale du col de l'utérus ou museau de tanche.

Enfin, dans un cinquième stade les deux cornes utérines supérieures s'élargissent, effaçant ainsi l'angle aigu constitué lors de la coudure des canaux de Müller au niveau de l'insertion du ligament rond.

Dès lors, l'appareil utérin, arrivé au terme de son évolution, est constitué comme à son état normal et présente la disposition de l'appareil utérin de la femme normale.

La plupart des auteurs admettaient et admettent encore que les canaux de Müller, seuls engendrent toutes les voies génitales chez la femme : trompe, utérus, vagin, et que la fusion de ces canaux s'opérant de bas en haut, le vagin d'abord, l'utérus ensuite, se transformeraient en une cavité unique. Certains auteurs ne sont pas de cette opinion et prétendent que le vagin n'a pas pour origine les canaux de Müller. Pous ceux-ci, la cavité vaginale se formerait comme par invagination de la lame ectodermique, invagination se portant à la rencontre de la cavité utérine ; ou bien le vagin se développerait aux dépens du cloaque urogénital où naîtraient dans les débuts de la vie embryonnaire différents bourgeons destinés à former les parois vaginales.

Si maintenant nous regardons ce qui se passe chez les espèces animales inférieures à l'homme, nous retrouvons chez certaines, représentés les différents stades par où est passé l'embryon humain pour en arriver à sa forme normale : telle espèce ne dépasse pas tel stade de l'embryon humain.

L'anatomie comparée nous apprend, en effet, que les marsupiaux ont un utérus et un vagin double tout comme l'embryon humain de deux mois environ. Le lièvre, la lapine, offrent un utérus cloisonné et présentent parfois un seul vagin. Les rongeurs tels que la rate ont un utérus nettement bicorne. Cette caractéristique très nette s'efface chez la chauve-souris. A l'échelle supérieure de l'espèce animale, chez la guenon, nous rencontrons les intermédiaires les plus rapprochées de l'état de normalité de l'appareil utéro-vaginal de la femme. Chez les singes inférieurs nous trouvons encore l'utérus bicorne qui disparaît chez les anthropoïdes, au point que la différenciation entre un utérus de guenon et un utérus de femme, devient fort difficile.

Que, sur l'embryon humain un arrêt se produise au cours de l'évolution des canaux de Müller, nous verrons l'appareil utéro-vaginal, suivant le stade où s'est produit cet arrêt, représenter la forme de l'appareil matriciel de telle espèce animale.

Quelle est la cause initiale de cette anomalie?

Nous ne nous attarderons pas à toutes les théories qui ont été émises sur la pathogénie des malformations utérines ; les discussions sont nombreuses et

les causes restent encore mal connues. Suivant les formes différentes des malformations, diverses hypothèses ont été soutenues pour expliquer l'arrêt de l'évolution utérine : interposition des organes voisins ; ébauche atlantidienne, péritonite fœtale formant la bride vésico-rectale ; brièveté anormale des ligaments de l'utérus, particulièrement du ligament rond ; éloignement des canaux de Müller qui ne peuvent arriver au contact, par suite du développement trop grand du diamètre transversal du bassin ; débris embryonnaires wolffiens se développant entre les parties supérieures des canaux de Müller ; torsion, obliquité des canaux de Müller ; à côté de ces processus mécaniques et inflammatoires l'influence nerveuse, d'après Winckel, jouerait également un rôle causal considérable dans les malformations du système génital féminin, ainsi que l'on peut voir se rencontrer des combinaisons fréquentes de ces anomalies avec des maladies du crâne et du cerveau, de la colonne vertébrale et de la moelle épinière.

Peut-être faut-il faire entrer en jeu l'atavisme reproduisant sporadiquement dans une espèce la forme d'une autre espèce par l'effet de ce que Darwin a appelé un phénomène de réversion.

Classification

Krecz, dans sa thèse, écrivait : « Une remarque générale à faire, c'est que dans tous les cas, on a constamment trouvé les annexes de l'utérus à l'état de simplicité ; aussi ne peut-on pas dire qu'on ait jamais rencontré d'utérus réellement double. Ce fait est en rapport avec l'idée qu'on se fait généralement du mode de production de ces anomalies, qu'on regarde comme des arrêts de développement de l'organe et des persistances de l'état embryonnaire ». Ces quelques lignes étaient sous l'influence de la définition que donnait Portal, des utérus doubles. La littérature ne cite d'ailleurs que deux cas de cette anomalie, où chaque utérus soit pourvu de deux annexes : ce sont les cas d'Hunnack-Creasdule et de Gauthier.

Se basant sur les données embryologiques et l'époque de l'évolution où s'est arrêté le développement de l'appareil génital, suivant que ces anomalies se propagent sur tout le canal génital ou n'en affectent que des parties, occasionnant un arrêt de développement grave ou léger, on peut envisager de nombreuses classes de malformations utérines. Toutes

ces malformations n'intéressent pas l'accoucheur au même degré ; aussi ne retiendrons-nous dans notre classificaton que celles qui peuvent avoir un intérêt clinique obstétrical.

Nous rangerons les malformations utérines en trois catégories différentes :

1° L'arrêt de développement s'est effectué avant que ne s'opère la coalescence des canaux de Müller ; ou bien la coalescence des canaux, ayant débuté, s'est faite incomplétement et ne s'est pas produite sur un parcours plus ou moins grand des canaux de Müller : nous appellerons ces utérus, utérus doubles.

2° La coalescence des canaux de Müller s'est bien effectuée, mais l'arrêt de développement s'est produit lors de la résorption de la cloison commune ; et cette résorption peut avoir lieu partiellement ; à cette classe appartiennent les utérus à cloison.

3° Les utérus qui rentrent dans cette classe, devraient être plutôt rangés dans la première catégorie ; mais l'arrêt de développement a frappé irrégulièrement et assymétriquement les canaux de Müller ; l'un s'est bien développé et a atteint la forme et les dimensions d'un utérus normal ou à peu près normal ; l'autre n'a pas suivi l'évolution de son congénère et est resté atrophié : atrophie d'une étendue plus ou moins profonde : ce sont les utérus unicornes.

I. UTÉRUS DOUBLE

A cette classe appartiennent l'utérus didelphe, l'utérus duplex et l'utérus bicorne La caractéristique anatomique de ces utérus c'est que, considérés extérieurement, ils montrent un corps utérin nettement bifide, divisé en deux portions séparées par un sillon plus ou moins profond.

a) *Utérus Didelphe* — L'utérus didelphe est la signature d'un arrêt précoce de développement, arrêt qui se produit avant tout début d'accollement des canaux de Müller. Cette anomalie coexiste fréquemment avec d'autres anomalies des organes voisins. Ce défaut d'accollement des canaux de Müller persiste sur tout le trajet de ces canaux. L'utérus didelphe est donc un utérus composé de deux corps utérins ayant chacun leur col, nettement séparés l'un de l'autre, le vagin est cloissoné dans toute sa hauteur.

b) *Utérus Duplex.* — L'utérus duplex est le reliquat d'un arrêt de développement se produisant alors que les canaux de Müller ont commencé leur soudure, et cette réunion n'a eu lieu que dans la portion inférieure avoisinant la région où se formera le col. L'utérus duplex se trouve composé de deux corps utérins nettement séparés, de deux cols accolés ; le vagin est également cloisonné.

c) *Utérus bicorne.* — L'utérus bicorne représente un degré plus avancé dans le développement embryologique. L'accolement des canaux de Müller s'est effectué sur une plus grande partie de leur trajet, sans cependant atteindre le niveau de l'insertion du ligament rond. Il y a même eu fusion plus intime au niveau de leur portion inférieure ; la bifidité n'existe que dans la partie supérieure. La cavité utérine est unique dans sa partie inférieure où elle n'aboutit qu'à un seul col, mais en haut elle se bifurque en deux représentant ainsi la forme d'un Y.

II. UTÉRUS A CLOISON

Les canaux de Müller se soudent régulièrement ; extérieurement l'utérus présente la forme à peu près normale. L'anomalie est ici toute interne : c'est la résorption de la cloison commune, résultant de l'adossement de la paroi interne des canaux de Müller, qui ne s'est pas effectuée ou s'est effectuée d'une façon incomplète.

L'utérus, en apparence simple, est divisé intérieurement en deux cavités par une cloison ; la persistance de cette cloison sur une étendue plus ou moins grande, donnera les différentes variétés d'utérus globulaires biloculaire ou bipartitus, d'utérus subseptus, d'utérus infraseptus.

a) *Utérus bipartitus.* — La cloison persiste dans toute la hauteur utérine divisant ainsi la cavité utérine en deux cavités utérines de dimensions parfois inégales, ne communiquant pas l'une avec l'autre et aboutissant au même col qui peut être intéressé par la cloison.

b) *Utérus subseptus.* — La cloison s'est résorbée dans sa portion inférieure ; mais elle persiste tout au fond de la cavité où elle forme un éperon plus ou moins saillant déterminant ainsi deux loges correspondant chacune à une corne.

c) *Utérus infraseptus ou biforis.* — La cloison présente ici une disposition inverse au cas précédent. Résorbée dans sa portion supérieure, elle persiste dans sa portion inférieure divisant le col en deux orifices qui mènent dans une cavité unique.

A côté de ces utérus, il y a lieu de faire place à une variété de forme représentant le stade le plus rapproché de l'utérus normal. Le fond de l'utérus reste légèrement déprimé, marquant le point extrême de la fusion des canaux de Müller, délimitant avec netteté les deux cornes et donnant ainsi à la forme utérine l'aspect d'un cœur de cartes à jouer : *c'est l'utérus cordiforme,* que certains auteurs ne considèrent pas comme une malformation, mais en laquelle, ils ne voient qu'une forme passagère résultant d'un excès de développement des cornes dans un utérus gravide. Excès qui d'ailleurs peut persister à l'état non gravide : l'utérus gêné par le pro-

montoire se développe surtout dans son grand diamètre transversal ; le développement en hauteur rencontrant un obstacle, les cornes prennent des dimensions inusitées.

III. Utérus unicorne

Ayant fait de l'utérus unicorne une combinaison de bifidité et d'hypoplasie utérine, l'utérus unicorne vrai n'existe pas. La plupart des auteurs mettent en doute toutes les observations qui ont été publiées sous ce titre. L'utérus unicorne est plutôt un utérus double avec une corne rudimentaire. Mais cette catégorie doit être classée à part, à cause du caractère clinique spécial que cette malformation entraîne. De nombreuses variétés de cette classe ont été étudiées suivant les dispositions anatomiques de la corne rudimentaire. D'une façon générale la corne atrophiée est appendue, comme une tumeur, dans la région du col de la corne bien développée. La communication entre les deux cornes peut exister comme elle peut faire défaut.

Kehrer, qui a étudié 82 cas de cette malformation utérine, à trouvé :

57	pédicules pleins complètement, soit.	78 %
11	pédicules canaliculés.....	15,1 %
5	pédicules à canaux imperméables...	6,8 %
3	pédicules à disposition non indiquée.	

Malformations utérines en dehors de la grossesse

I. Ovulation.

Dans cet appareil anormal, puisque malformé, la ponte ovulaire se produit d'une façon tout à fait normale comme chez la femme dont l'utérus est bien conformé. L'ovulation se produit régulièrement et alternativement d'un côté et d'autre. « La régénération périodique du corps jaune, qui produit périodiquement l'hyperémie de l'utérus, qui engendre la menstruation (d'après Frankel) se passe tout comme chez la femme normale.

II. Menstruation.

A la formation de l'ovule, fait suite la congestion de l'ovaire, la congestion de la trompe et de l'utérus du même côté où s'est produite l'ovulation. Cette localisation de la congestion utérine, du côté où s'est faite la ponte ovulaire se remarque également dans les cas où la conformation de l'utérus est normale.

Les menstrues, cependant, présentent parfois des caractères propres aux malformations utérines.

C'est ainsi qu'à côté des règles régulières, on a observé des règles survenant deux fois dans le même mois, ou dans un intervalle plus rapproché que normalement. (obs. n° XX, XXIII, XXX). Il a été également observé des règles normales alternant régulièrement avec des règles beaucoup moins copieuses. D'autres fois, on a noté l'irrégularité des règles, leur apparition tardive et très souvent leur excessive abondance et leur durée prolongée (obs. II, IV, VI, XVIII, XX, XXIV, XXIX, XXXIV). Assez souvent les auteurs ont noté la douleur précédant les règles ou accompagnant celles-ci (obs. XV, XVIII, XX, XXIII, XXIV, XXIX, XXX, XXXIV).

Des observateurs ont également noté l'orifice par lequel s'écoulaient les menstrues ; ils ont constaté qu'elles se faisaient soit par un seul orifice, soit par les deux ou alternativement par l'un et l'autre.

Il vient tout naturellement à l'esprit que, si l'on est en présence d'un utérus double, dont l'un ne communique pas avec l'extérieur, particulièrement dans le cas d'utérus unicorne avec corne rudimentaire ,le sang des menstrues s'acumulant dans la cavité close, un hématocolpos va se former : ce que de nombreuses observations relatent. Quelquefois cependant l'hématocolpos ne se forme pas, le sang épanché dans la cavité semblant se résorber dans la période intermenstruelle (obs. XXIII).

III. Copulation.

L'état du vagin seul rentre ici en cause. Suivant la situation de la cloison longitudinale, le coït se pratiquera avec plus ou moins d'aisance. En général les rapports s'établissent par le vagin le plus praticable et mari et femme ne s'aperçoivent pas de la malformation qui passe inaperçue à l'accoucheur ou à la sage-femme, à moins de discussion survenant entre les consultants de la parturiente (cas de Tiedemann, Werth, Reynès).

Cependant il est des cas où la femme vient consulter le médecin à la suite des rapports qui ont fait découvrir une anomalie (obs. XVI). D'autres fois le coït est extrêmement douloureux, la cloison longitudinale séparant l'orifice vulvaire en deux orifices sensiblement égaux et trop étroits pour les rapports sexuels. Bôhmer cite un cas où le coït ne put être consommé tant la douleur était intolérable.

D'autres fois les rapports s'établissent par les deux orifices vulvaires, le coït s'accomplissant soit dans l'une ou l'autre cavité vaginale alternativement ; le mari s'aperçoit seulement que parfois il est plus gêné que d'autres. La femme ignore ce changement de cavité vaginale, car toutes ne sont pas au courant de leur malformation et ne s'en font pas une conception semblable à celle de cette prostituée, citée par Richet, qui réservait un vagin pour son amant et faisait commerce de l'autre qu'elle livrait à l'usage de ses amants de passage.

IV. Fécondation.

Les malformations utérines, du moins celles que nous avons énumérées dans notre classification, ne sont pas incompatibles avec la fécondation. Nombreuses sont les observations de grossesses chez les femmes à utérus doubles, cloisonnés, ou unicornes ; certaines même semblent indiquer que les malformations utérines sont susceptibles d'une grande prolixité. La parturiente de Bagard avait mené quatorze grossesses à terme ; Marquet (*Traité de l'hydropisie et de la jaunisse*) cite également un cas où il y eut 14 grossesses. A. Bérard signale une femme qui eut 17 grossesses. Dans la thèse de Bertlick sont relatées de nombreuses multipares particulièrement une XII pare, obs, n° 13, une VII par, obs. 41, et une XX pare (obs. 54, Kohler). M. Brindeau a pu observer une femme qui devint sept fois enceinte.

La stérilité a été signalée cependant du fait de la malformation, en particulier dans les cas où il y a hématocolpos ; quoique, assez souvent, on a constaté hématocolpos d'un côté et grossesse dans l'autre utérus.

Maurin, de Genève, a observé un cas où il dut sectionner une cloison vaginale ; l'orifice du col était situé au fond du vagin droit et le coït ne se pratiquait que par le vagin gauche.

Cependant la fécondation peut se faire par un seul vagin, soit qu'il existe une communication à travers la cloison vaginale, permettant au sperma-

tozoïde de pénétrer dans l'utérus du côté opposé, soit qu'il y ait transmigration abdominale : le spermatozoïde pénétrant par la trompe d'un utérus unicorne normal et allant à travers la trompe de l'autre utérus rudimentaire, sans orifice vaginal, féconder un ovule dans celui-ci. Il peut également se produire la migration transabdominale d'un ovule fécondé.

Les malformations utérines et vaginales n'entravent en rien la fécondation en général. Elles expliquent même les cas de superfétation ; c'est ainsi que dans un cas d'utérus didelphe on peut voir survenir une fécondation dans un utérus et quelques mois après une nouvelle fécondation dans l'autre utérus. Les cas de ce genre sont nombreux dans la littérature obstétricale.

Dans ce cas, la fécondation a pu se faire soit par les deux vagins successivement, soit par le même vagin, mais à travers une communication dans la cloison vaginale.

Mais une question se pose immédiatement : quel va être le sort de ces grossesses dans des utérus malformés ?

Malformations utérines et Grossesses

I. Physiologie de l'utérus gravide

La fécondation s'est produite ; que va-t-il tout d'abord se passer du côté paroi utérine, muscle utérin? Un utérus malformé peut toujours être considéré comme formé de deux moitiés d'utérus, dont l'une est gravide et l'autre non gravide. Tout comme l'utérus normal gravide, la portion en état de gravidité va se développer, s'hypertrophier ; et dans les cas où il existe deux utérus indépendants, cette hypertrophie va surtout porter en hauteur, donnant à l'utérus une forme spéciale en fuseau dont la pointe supérieure offre une déviation très prononcée. Fait caractéristique, la corne non gravide suit cette évolution. Elle, aussi, subit une hypertrophie parfois assez considérable jusqu'à atteindre, au terme de la grossesse, le volume d'une tête fœtale à terme. Cette corne est le siège de modifications histologiques qui se passent dans tout utérus normal lorsqu'évolue une grossesse : hypertrophie des fibres musculaires, abondante augmentation de la vascularisation sanguine et lymphatique, épaississement

de la muqueuse utérine qui rappelle tous les caractères de la caduque d'un utérus gravide et que nous retrouverons dans les suites de couches.

Si nous considérons la fonction ovarienne, nous constatons qu'elle cesse, en général, sitôt la fécondation opérée, dans un utérus anormal, comme dans un utérus normal. Cependant l'ovulation peut continuer, et nous avons déjà eu l'occasion de dire un mot des fécondations à époques variables : véritables superfétations. Dans quelques cas, en effet, on voit les règles continuer et cela pendant les trois ou quatre premiers mois de la gestation (P. Müller, I. Ratcliffe, Gontermann, Henderson, Ferencyi, Dodge en ont cité des observations). Il est bien rare que la menstruation continue après le quatrième mois. L'écoulement sanguin qui se produit ne rappelle d'ailleurs pas toujours les règles normales : ou bien, c'est un sang beaucoup plus clair, ou au contraire un sang noir parsemé de débris rappelant les pertes des grossesses extra-utérines (obs. XXVIII).

II. Evolution de la grossesse.

La fécondation ayant lieu par le vagin le plus praticable, la grossesse, en général, évolue dans l'hémiutérus le plus développé. La grossesse évolue alors normalement jusqu'à terme. Oker-Blom, dans un cas d'utérus duplex, a observé neuf grossesses dont cinq se sont développées dans l'hémi-utérus

droit, quatre dans l'hémi-utérus gauche : l'utérus droit était plus grand que l'utérus gauche, et toutes les grossesses situées à gauche ont avorté ou se sont terminées par un accouchement prématuré ; trois des grossesses de l'utérus droit sont allées à terme. Dirner, dans un cas d'utérus bicorne, a constaté que toutes les grossesses qui évoluaient dans une corne, avortaient, alors que dans l'autre corne elles arrivaient à terme. Le professeur Brindeau parle d'une VII pare chez laquelle cinq avortements se produisirent à 6 mois, 6 mois $\frac{1}{2}$ dans une corne, tandis que deux autres grossesses situées dans l'utérus le plus développé évoluèrent jusqu'au terme.

Un utérus malformé est un utérus dont la paroi musculaire offre, en certaines régions, des zones de moins bon développement, par conséquent de moindre résistance. Cette faiblesse musculaire de la paroi, surtout de la face interne, là où les canaux de Müller auraient dû se fusionner, provoque une susceptibilité spéciale de l'utérus qui tend à se contracter sitôt qu'il est gravide. Si Kussmaul admettait que la plupart du temps la grossesse évoluait normalement dans les utérus malformés, d'autres auteurs se sont élevés contre cette opinion et en ont émise une bien opposée : Chéron, sur 29 grossesses, note 5 avortements. Boni établit qu'il se produit 1 avortement ou accouchement prématuré sur 3,3 grossesses. Dunning admet le pourcentage de 23,6. Wells est d'avis qu'il y a, la plupart du temps, ou avortement ou accouchement prématuré. Pfan-

nenstiel, sur 12 cas d'utérus didelphe ayant produit 26 grossesses, observe 11 avortements. Lichtenstein, relève la statistique de Bernard qui donne 25 % d'avortement. Bousquet, dans sa thèse, sur 91 grossesses, relève 27 avortements ou accouchements prématurés. Dubreuil-Chambardel, sur 467 grossesses, note 102 avortements et 78 accouchements prématurés, soit un chiffre de 40 %. Bertlick a relevé dans sa thès 65 malformations utérines ayant donné 175 grossesses : 76 fois, soit 43,4 %, il y eut ou accouchement prématuré (34 fois) ou avortement (42 fois). Dans les observations qui suivent nous relevons 56 grossesses, 12 fois il y eut avortement avant le 6e mois, 10 fois accouchement prématuré entre 6 mois et demi et 8 mois et demi ; 6 fois il y eut laparotomie, pour erreur de diagnostic, suivie d'extirpation ; 1 fois on laissa l'utérus en place mais l'avortement se produisit le lendemain. Que conclure? sinon que les malformations utérines gênent l'évolution de la grossesse.

Cette susceptibilité de l'utérus, due à l'insuffisance musculaire, est également due à l'insuffisance de développement de la cavité utérine. Et cela semble ressortir des cas où l'on voit les avortements successifs se produire à une époque de plus en plus rapprochée du terme, comme si progressivement il se faisait une adaptation de la capacité utérine. Dans la seconde observation de Brouha un fait de ce genre est noté : 1 avortement à 5 mois $\frac{1}{2}$, puis 2 accouchements prématurés à 6 mois $\frac{1}{2}$ et quatrième gros-

sesse terminée à 7 mois $\frac{1}{2}$. Cette insuffisance de la capacité utérine semble être démontrée également par les faits que nous avons déjà signalés au début de cet article et où nous avons noté l'avortement dans les cas de grossesses évoluant dans l'utérus ou la corne la plus petite.

Mais un accident beaucoup plus grave que l'avortement peut survenir : c'est la rupture utérine que Bertlick relève dans deux observations, l'une sans cause comme chez une II pare qui avait déjà fait un avortement, l'autre chez une I pare de 7 mois, qui avait été fortement contusionnée dans une salle de bal. Cet accident de rupture est d'ailleurs l'accident le plus à redouter lorsque l'on est en présence d'une grossesse évoluant dans la corne rudimentaire d'un utérus unicorne. Vassal, dans une observation de ce genre, écrivait en 1836, « corps de femme ayant deux matrices dont l'une, la véritable, avait servi à la conception de 11 enfants ; le 12e s'était développé dans la 2e matrice, mais dans un lieu si étroit et si peu susceptible de dilatation qu'après avoir causé à sa mère, pendant deux mois $\frac{1}{2}$, des accidents très dangereux, il rompit sa prison au 3e ou 4e mois et mourut ainsi que la mère, par l'effusion du sang dans la cavité abdominale ».

Cette rupture est cause, en effet, d'une mortalité maternelle très élevée : Cohn dit 63 % ; Bandl, 77,6 % ; Sanger, 68,7 % ; Kehrer, 89 % ; Stoll, 87,9 % ; Himmelfarb, 66,6 %.

Cependant, quelques cas de grossesses semblables

se sont terminés par lithopédions : Himmelfarb, sur 36 cas, relève 3 lithopédions. Hirst J. C. a publié récemment un cas qui pourrait se rapprocher de ces lithopédions (double utérus ; with a three mouths fetus retained in one horn for four mouths, while the oter half became the site of two full-term pregnancies, *Am. Journ. Obst. N.-Y.* 1918).

Cette rupture utérine siège en général sur la face supéro-interne de la corne, au point où la paroi musculaire est la plus faible et où la réunion des cornes auraient dû s'opérer. Il est à remarquer qu'elle a lieu à une période plus avancée que la rupture qui se produit dans une grossesse extra utérine ; dans celle-ci elle se fait entre la quatrième et la douzième semaine ; dans celle-là vers le 4e ou 5e mois. Cohn a observé cette rupture :

2	fois	le	2e	mois			
5	»	»	3e	»	6	fois le 3e et 4e	mois.
19	»	»	4e	»	4	fois le 4e et 5e	mois.
4	»	»	6e	»			

Werth l'a relevée :

14	fois	entre	2	et 5	mois.
29	»	»	4	et 6	»
2	»	»	8	à 9	»

Un point intéressant à considérer dans l'évolution de la grossesse en cas de malformation utérine, est celui où une grossesse évolue dans une corne con-

temporainement à une grossesse développée dans l'autre corne. Bien rarement les deux grossesses, qu'elles soient de même âge ou non, vont jusqu'à terme ; plus souvent elles avortent, et les fœtus sont expulsés soit en même temps, soit dans un intervalle de temps plus ou moins rapproché. Dans l'observation de Bouquet, nous relevons qu'au huitième mois d'une grossesse, il y eut expulsion d'un fœtus de 3 mois et quinze jours après, accouchement. Il existe cependant des cas où les deux grossesses vont jusqu'à terme ainsi que dans notre historique nous l'avons relaté (voir Geiss). Jellinghaus (C. F.), en 1908, a publié une observation semblable (Multiple pregnancies in double uteri, wiht report of a case of uterus didelphys containing a simultaneous full, term pregnancy in each uterus. *Bull. Lying. in Hosp., N.-Y.*)

Mais si les grossesses ne sont pas de fécondation contemporaine on peut voir les accouchements se produire à terme chacun, par conséquent à des époques différentes. Kirchbach (uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger gravidität in jedenn des beiden Hörner und Verschiedenenzeitiger ausstossung lebender und lebensfähpliger Früchte, — *Deutsch. und Wochenschr.*, Leipzig, und Berlin, 1913) et Smith J. H. (A uterus didelphys, both horns of wich have been pregnant at different times, *J. Obst. Gyn. Brit.. Emp.*, Lond. 1914) ont publié des observations de cet ordre. — Il peut également se produire avortement pour un œuf et évolution jusqu'à

terme pour l'autre ainsi que cela s'est produit dans l'observation Maire

III. Accouchement.

Si l'évolution de la grossessse subit de très fréquents troubles dans les cas de malformations utérines, la période de l'accouchement ne se passe pas toujours sans difficutés. On observe ici que plus les utérus sont indépendants et isolés, plus normalement se fait l'accouchement ; c'est dans ces cas de grande indépendance des utérus que l'on constate cette excessive déviation, inflexion de l'utérus gravide ; l'impression est que l'on est en face d'une présentation céphalique défléchie. Mais cette inflexion se redresse progressivement et l'on assiste à un acouchement normal.

Certains auteurs ont vu dans la rupture prématurée des membranes un indice en faveur d'une malformation utérine. Nous n'avons retrouvé ce fait que deux fois dans les observations qui suivent. (Obs. Reynès, et Schwaab II).

C'est également dans ces cas d'indépendance des deux utérus que l'on a pu observer l'indépendance des contractions utérines, Geiss, dans son observation a pu suivre le travail qui se faisait tout d'abord dans l'utérus droit et après la version pratiquée dans cet utérus, les contractions utérines se sont localisées à l'utérus gauche. Mais cette indépendance des

contractions n'est pas toujours aussi complète et plus souvent on voit la contraction se faire en une place bien localisée d'un hémiutérus puis, progressivement s'étendre aux deux cornes utérines N'est-ce pas là d'ailleurs un fait normal ? Ce n'est en tout cas pas un signe probant de la duplicité utérine en tant que malformation, mais une preuve de l'origine double de l'utérus. Dans un utérus normal on rencontre en effet ces contractions localisées et le professeur Bar a attiré l'attention, dans son enseignement, sur ces contractions partielles qui, à un premier examen, font porter le diagnostic de fibrome dans un utérus gravide, fibrome-fantôme que l'on ne retrouve pas dans un examen ultérieur alors qu'aucune contraction n'a lieu.

Quoique certains auteurs aient pu constater, lors de l'accouchement dans les malformations utérines, de très violentes contractions, celles-ci sont en général faibles, mauvaises, irrégulières causant le plus souvent une inertie primitive de l'utérus.

Le résultat en est que la dilatation ne progresse pas ou très lentement, le travail de ce fait, subit une prolongation de durée très notable. Huckstätl qui a étudié cette question donne comme moyenne de durée du travail 20 heures : chez les primipares ce temps serait encore plus prolongé et cet auteur donne une moyenne de 24 heures 1/4 alors qu'elle ne serait que de 15 heures 1/3 chez les multipares.

Dans le cas de Gross-Frühinzhols, la parturiente accuse ses premières douleurs le 23 juin, à 20 heures.

Le 24, à 14 heures, le col est en voie d'effacement et la dilatation n'est complète que le 25 à 19 heures ; il y a lieu de faire observer que cette parturiente avait subi quelques temps auparavant une hémihystérectomie pour hématosalpinx. Chez une IV pare dont l'observation est relatée par Schwaab le travail a duré 16 heures ; il s'est prolongé 17 heures dans le cas de l'observation Bar : il s'agissait d'une primipare âgée de 30 ans.

Pourquoi cette prolongation de la durée du travail ? La faiblesse, l'insuffisance musculaire de la paroi utérine se fait sentir ici encore plus que dans l'évolution de la grossesse. Dans un utérus normal, sous l'influence des contractions utérines, l'œuf est poussé vers le segment inférieur et le col. Il en résulte une distension considérable du segment inférieur et les phénomènes d'effacement et de dilatation du col. Dans un utérus malformé, la paroi musculaire étant insuffisante, l'influence des contractions sera plus longue à se produire ; la distension du segment inférieur, la distension des cornes se feront plus facilement du fait même de cette faiblesse de la paroi et nous voyons de suite le danger surgir de cette distension trop facile : la rupture utérine ; rupture utérine qui peut se produire soit dans la région supéro-interne de la corne, soit au niveau du segment inférieur, surtout lorsqu'un obstacle à la dilatation a lieu comme dans les cas de brides vésico-rectale.

A côté de ces troubles d'ordre physiologique, il

en existe d'autres d'ordre mécanique, qui mettent empêchement à l'accouchement ou le rendent excessivement laborieux. Il y a lieu, dans cet ordre d'idées, de mettre à part, tout d'abord, les utérus bicornis, les utérus à cloison partielle, les utérus cordiformes, qui présentent une dystocie plus particulière, de cause fœtale mais dont l'origine est tout de même dans la malformation utérine ; la communication des cavités utérines dans ces utérus favorisent les présentations vicieuses. Le fœtus s'accommode en effet, dans ces cas, suivant le plus grand diamètre transverse que les cavités utérines réunies lui offrent. L'éperon qui persiste dans le fond de l'utérus ou la cloison qui divise le col, mettent obstacle aux manœuvres de version externe. Dans sa thèse sur les utérus cordiformes, Gaulène a relevé 15 présentations transversales, 10 présentations du siège et 19 présentations céphaliques sur 44 grossesses. Boni admet qu'il y a autant de présentations du siège que de présentations de l'épaule dans les utérus bicornis. Pollak dit 40 %. Parlant des présentations vicieuses dans les malformations utérines, Strassmann indique 75 % de présentations transversales, Vogel donne 29 % et Schatz, 43 %.

Parmi les dystocies d'ordre mécanique, certains auteurs ont cité la dystocie du col qui ne pourrait parvenir à une dilatation suffisante pour le passage de la tête fœtale, alors même que le toucher fait percevoir une dilatation jugée complète. La grande dystocie à craindre est celle due à l'obstacle que peut

former le col et l'utérus voisin qui peut rester enclavé dans le petit bassin et jouer véritablement le rôle d'une tumeur prœvia. Cependant, d'une façon générale, le corps utérin non gravide, se développant également au cours de la grossesse, remonte progressivement au-dessus du détroit supérieur et laisse les voies génitales libres pour le passage de l'enfant. Assez souvent cette ascension a été notée seulement au moment du travail soit spontanément, soit aidée par quelques manœuvres. Si le corps utérin remonte assez facilement, le col peut être, seul, un obstacle, de même que la cloison d'un utérus septus, contre laquelle vient buter la tête de l'enfant poussée dans une direction oblique suivant l'axe d'un utérus incliné latéralement. C'est en cet obstacle que Bertlick voit la cause de la parésie faciale qui aurait été constatée chez plusieurs nouveau-nés d'une grande multipare ; obstacle faisant pression lors du passage de la tête. Dans les utérus cloisonnés, la cloison peut d'ailleurs céder et occasionner une hémorragie abondante.

L'insuffisance de la paroi musculaire apporte encore sa contribution aux troubles de la période d'expulsion. L'inertie se produit et très fréquemment l'accoucheur est appelé à terminer l'accouchement.

Dans les cas de vagin cloisonné et d'utérus infraseptus, une particularité naît de cette cloison, lors de l'expulsion. Certains observateurs ont noté l'expulsion à travers le vagin diamétralement opposé à l'utérus gravide. Mais cette cloison ne s'ef-

face pas toujours et parfois elle reste tendue mettant obstâcle à l'accouchement et dans les cas de présentation du siège on voit un pied passer par un vagin et l'autre pied s'engager par l'autre vagin, le fœtus se plaçant ainsi à cheval sur la cloison. C'est une observation de ce genre qu'a rapportée Pierra.

Tandis que l'utérus gravide travaille et expulse le produit de la conception, l'utérus non gravide est le siège de phénomènes analogues ; un véritable travail se produit et l'on observe une dilatation du col suffisante pour permettre facilement l'introduction d'un doigt dans la cavité utérine non gravide.

IV. Délivrance.

De même que l'accouchement se passe généralement sans trop de difficultés, de même la délivrance se fait sans incidents dans les utérus didelphes. Des troubles dus, encore ici, au défaut de la musculature utérine peuvent survenir durant cette période. On a observé un retard dans le décollement et l'expulsion du placenta. D'autres fois, par suite des contractions irrégulières, un véritable enchâtonnement se produit. L'inertie utérine peut être cause des hémorragies de la délivrance tout comme dans les utérus normaux. Mais des particularités ont été relevées surtout dans les utérus bicornes et les utérus incomplètement cloisonnés. Le fœtus peut siéger dans une corne le placenta contenu dans l'autre corne : l'ac-

couchement accompli, la corne où est situé le placenta ne se contracte pas (Peter Müller) ; d'autres fois le placenta, après avoir été décollé de la corne gravide, est expulsé dans la corne non gravide où il reste (Birnbaum, Weisshenmer). Höhne voit là le fait de l'innervation séparée des deux cornes. Rudl cite un cas où la corne contenant le placenta était disposé comme un diverticule de l'autre corne ; son ouverture livrait passage à peine à trois travers de doigt et fut trop petite pour livrer passage à la délivrance.

Mais surtout c'est dans les utérus à cloison que l'on observe des accidents graves de la délivrance, des hémorragies abondantes et angoissantes. Le placenta peut, en effet, être inséré sur une plus ou moins grande étendue de la cloison ; celle-ci ne possédant pas de fibres musculaires ne va pas pouvoir se contracter et le placenta ne sera décollé que dans la partie où il s'insère sur la paroi utérine et, fait plus grave, l'hémorragie qui va résulter se prolonge alors même que la délivrance a pu se pratiquer soit spontanément, soit artificiellement. La cloison n'ayant pas de fibres propres ne peut se contracter et faire agir l'hémostase naturelle qui se passe après la délivrance dans la paroi musculaire de l'utérus ; on comprend que la parturiente puisse succomber à l'hémorragie si une intervention immédiate n'est décidée et même que cette hémorragie soit rapidement menaçante pour la vie de la femme, comme l'a rapporté Knoop.

Le Besque, qui a étudié dans sa thèse, la question spéciale de la délivrance dans les malformations utérines, dit que le décollement du placenta est plus difficile que normalement ; que l'adhérence beaucoup plus forte occasionne très fréquemment la rétention partielle ou complète des membranes. La délivrance s'opérerait spontanément dans un tiers des cas environs ; dans 33 % des cas il y aurait lieu de faire la délivrance artificielle. Bertlick, dans sa thèse, note seulement 13 délivrances artificielles, soit 7,4 %. Dans les observations qui suivent, il est signalé 4 délivrances artificielles, dont au moins une a été faite pour se rendre compte de la disposition des cavités utérines.

V. Suites de couches.

Les suites de couches vont traduire cet état de faiblesse musculaire que nous avons signalé si souvent, et être sous l'influence des troubles survenus lors de l'accouchement ou de la délivrance. L'involution utérine se fait plus lentemnnt, l'utérus a comme de la paresse à revenir sur lui-même ; il reste mou et lent à expulser cette caduque adhérente que nous avons rencontrée. Traduisant cette rétention partielle, les suites de couches sont très fréquemment subfébriles ; dans les malformations utérines on peut voir survenir avec plus de facilités les véritables infections puerpérales dues à ces rétentions.

Un fait particulier à la duplicité de l'utérus et qui se produit généralement vers le troisième jour après l'accouchement est l'expulsion d'une masse ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon à un œuf de poule, prenant l'allure d'un moulage de la cavité utérine, masse provenant de la prolifération de la muqueuse de l'utérus non gravide : accroissement considérable qui présente toutes les modifications de la caduque. Cette masse est composée d'une véritable membrane tomenteuse, blanchâtre, molle et friable, très épaisse : dans certains cas on a trouvé jusqu'à 6 millimètres d'épaisseur ; elle se déplie facilement dans l'eau. Les coupes observées au microscope après coloration, montrent des grandes cavités anastomosées en réseau, à parois minces bordées de cellules endothéliales et remplies plus ou moins par du sang. Nettement ce sont des lacs sanguins. Ces cavités sont séparées par des travées pleines, formées de tissu conjonctif lâche, à fines fibrilles, parcouru par des vaisseaux capillaires. Ce tissu est rempli de cellules déciduales volumineuses, allongées, présentant des prolongements et contenant un gros noyau ovoïde. Dans le tissu conjonctif on observe une assez grande quantité de leucocytes. Ce sont là les caractères suffisamment nets d'une véritable caduque.

L'expulsion de cette caduque a été très souvent constatée ; il est quelques cas où elle a eu lieu au cours de la grossesse. Un danger peut survenir du fait de la présence de cette caduque qui peut être le

phénomène d'une rétention totale ou partielle et déterminer une infection localisée à la corne non gravide, infection qui peut également se généraliser. Cette infection locale qu'il faut parfois chercher, a permis, dans certains cas, de poser le diagnostic de duplicité utérine, témoins les observations de Schwaab.

La formation de cette caduque et les accidents de sa rétention possible, seront l'objet d'une certaine réserve dans le pronostic des suites de couches.

Diagnostic des malformations utérines

Mais si des troubles peuvent survenir au cours de l'évolution de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches dans un cas de malformation utérine et du fait de cette malformation, faut-il encore pouvoir poser le diagnostic de malformation afin d'être prêt à combattre tous les accidents possibles qui peuvent se produire.

Ce diagnostic paraît simple et il l'est en effet chaque fois que l'on se trouve en présence d'une cloison vaginale que l'on constate par le toucher et que l'on contrôle par la vue. Notre toucher à l'aveugle peut être encore ici, cause d'erreur ; le doigt peut très bien passer à côté de la cloison, l'ignorer, et le praticien n'en savoir pas plus que le mari, sur la malformation de la femme, si rien n'est venu attirer son attention. Si la découverte de la cloison vaginale a eu lieu, immédiatement la pensée doit venir à l'esprit de la possibilité d'une malformation utérine. Le doigt scrutera chaque canal vaginal, l'examen au spéculum fera découvrir la duplicité du col et la palpation abdominale combinée au toucher vaginal mettra sous la main de l'observateur, deux

masses utérines ou une conformation spéciale indiquant deux cornes plus ou moins profondément séparées, présentant tous les signes des utérus gravides, en particulier la contractilité. C'est sur la contraction de la corne non gravide que très souvent sera posé le diagnostic de duplicité utérine et c'est elle, spécialement, que l'on devra rechercher en cas de doute.

Les malformations utérines sont une source d'erreurs continuelles, soit que l'examen n'ait pas été suffisamment approfondi, soit que l'aspect clinique ait présenté de tels signes que l'erreur soit difficilement évitable ; et c'est le cas plus particulièrement où l'existence d'un vagin et d'un col uniques, n'éveille pas l'attention de l'examinateur. L'examen révélant simplement une masse à côté d'un utérus reconnu gravide, on pensera de suite à un fibrome, un kyste de l'ovaire ou une grossesse extra-utérine : ce sont là, en effet, les erreurs très souvent commises et que n'évitent pas même ceux qui se sont trompés déjà antérieurement.

En faveur de l'utérus double on retiendra la déviation de la corne gravide qui s'allonge en fuseau, dont la pointe est excessivement latéro-déviée ; déviation très considérable, qui n'est pas en rapport avec la masse juxta-utérine et qui ne donne pas l'impression d'une déviation imposée par la tumeur juxta-utérine.

Dans certains cas d'utérus bicorne, l'œuf envoie une expansion dans la corne non gravide, expan-

sion qui sous la poussée d'un excès de liquide, va distendre la corne non gravide et faire revêtir à celle-ci tous les caractères cliniques d'un kyste de l'ovaire. On évitera l'erreur en recherchant attentivement les parties fœtales qui peuvent se percevoir, lors d'un mouvement fœtal, dans la corne non gravide. Le diagnostic sera rapidement posé si l'on réussit également à percevoir une contraction soit localisée à la corne non gravide, soit généralisée à tout l'utérus.

D'après Küssmaul et Pfannenstiel, il faudrait retenir, en faveur du diagnostic des utérus bicornes, une largeur frappante de tout le corps des individus porteurs de cette malformation, et en particulier du visage et du bassin.

Les règles irrégulières, douloureuses, abondantes, d'une durée prolongée, les avortements multiples et répétés sans cause apparente, les positions transversales chez les primipares ou récidivantes chez les multipares, les troubles de la délivrance en particulier, sont tout autant de signes, indices possibles de quelque anomalie utérine. L'examen tout spécial de la forme et de la consistance des membranes, éveillera très fréquemment l'idée d'une malformation utérine ainsi que l'a démontré assez fréquemment le professeur Pinard.

L'erreur sera encore plus difficile à éviter lorsque l'examen clinique de la malade aura fait penser à une grossesse extra utérine, et c'est bien l'impression que donne constamment la corne rudimen-

taire d'un utérus unicorne. Mais que cette corne rudimentaire soit reconnue gravide ou qu'elle soit prise pour grossesse extra-utérine, l'erreur ne tire pas à d'autres conséquences puisque la thérapeutique à envisager dans l'un et l'autre cas, est identique. Cependant quelques signes ont été donnés pour essayer d'établir un diagnostic juste. Pfannenstiel conseille de rechercher le trajet des ligaments ronds, ce trajet est symétrique, régulier de chaque côté d'un utérus bien conformé ; il est, au contraire, irrégulier, asymétrique dans les cas d'utérus malformé. La perception de l'insertion du ligament rond peut également avoir son importance : si celui-ci est trouvé en dedans de la tumeur gravide, il s'agit de grossesse extra-utérine ; si, au contraire, il est situé au dehors de la tumeur, il s'agit d'un utérus unicorne avec corne rudimentaire gravide. La situation et l'évolution de la tumeur considérée peuvent également servir à différencier une grossesse interstitielle d'une grossesse de la corne rudimentaire. Dans le cas de grossesse interstitielle la tumeur siège en haut de l'utérus comme un chapeau de clown placé sur la bosse pariétale ; la corne rudimentaire s'implantant généralement dans la région du col de l'utérus, la tumeur, en cas de gravidité de cette corne, se trouvera en bas, par rapport à l'utérus.

En faveur des utérus doubles, Halban donne un signe basé sur l'existence de la bride recto-vésicale. Lorsque la grossesse évolue, ce ligament falciforme qui s'étend en éventail sur le fond de l'utérus est at-

tiré en haut par le développement de l'utérus qui porte progressivement son fond vers la région ombilicale ; dans ce mouvement, la bride recto-vésicale, qui ne possède pas de fibres élastiques, est bientôt gênée, elle se tend peu à peu, et devient facilement perceptible à travers la paroi abdominale lorsque sa tension est suffisamment forte.

Mais qu'il s'agisse de la bride recto-vésicale ou des ligaments ronds, la perception n'en est pas toujours aisée et facile, et l'on comprend que de très fréquentes erreurs soient commises.

Observations

OBSERVATION I

Schwaab, 1. (in Bull. Soc. obst., Paris, 1900)

Mme X..., 32 ans, IV pare. Réglée pour la première fois à 18 ans, toujours régulièrement depuis ; a déjà eu trois grossesses qui paraissent avoir été normales ; accouchement à terme, sans incident.

4e grossesse. — Les dernières règles observées ont eu lieu le 6 décembre 1899. Evolution normale de la grossesse. Les premières douleurs sont ressenties le 14 septembre 1900, à 4 heures du matin. A 19 h. 15, la dilatation est d'un grande paume de main ; la rupture des membranes se produit, liquide amniotique verdâtre ; plus de bruits de cœur. A 20 heures, accouchement spontané. Circulaire lache autour du cou. A 20 h. 20, délivrance naturelle.

Le 20 septembre, lochies fétides. Injection qui ramène caillots fétides ; état subfébrile qui persiste le 21 et le 22 septembre. Un examen pratiqué ce jour-là fait découvrir une cloison épaisse au fond de l'utérus ; les deux compartiments utérins contiennent des caillots libres putrides et à gauche des débris de caduque. La malade sort le 1er octobre en bon état.

OBSERVATION II

Schwaab, 2. (in Bull. Soc., Obst., Paris, 1900)

Mme X..., I pare, 26 ans. Réglée pour la première fois à 11 ans et demi, règles régulières et abondantes. Les dernières règles ont été observées le 1er janvier 1900. Evolution de la grossesse normale. Rupture prématurée des membranes le 12 octobre 1900, à 1 heure du matin. Début du travail ce même jour, à 7 heures. Accouchement spontané à midi 45. La délivrance tarde à se faire ; à 14 heures, brusque hémorragie, délivrance artificielle qui fait constater rétraction de l'anneau de Bandl. L'examen fait découvrir une tumeur pédiculée et le diagnostic se pose entre malformation ou fibrome. Le 15 octobre, la température s'élève à 38°4 ; l'utérus est douloureux à la palpation. Un examen pratiqué fait découvrir que le col possède deux orifices ; le col droit donne accès à l'utérus gravide, qui est vide ; le col gauche à cavité non gravide, d'un petit utérus, rempli de caillots et existence d'une caduque peu adhérente et infectée ; curage, etc.

Dans la discussion de cette observation, Boissard rappelle qu'à Tenon, il eut l'occasion d'observer chez une femme à utérus double, une certaine dilatation du col de l'utérus non gravide et l'expulsion dans les suites de couches, par ce col, de fragments de muqueuse utérine.

OBSERVATION III

Maire (in Bulletin Soc. Obst., Paris 1902)

Mme X..., 35 ans, I pare. En août 1899, lors de l'examen, on trouve un vagin divisé en deux par une cloison épaisse. Le toucher est difficile vu l'étroitesse de chaque canal vaginal. Le palper fait trouver deux masses du volume d'un poing,

mobiles, indépendantes, l'une très dure, l'autre molle, pâteuse. Le diagnostic est porté d'utérus double, l'un fibromateux, l'autre gravide. Diagnostic confirmé par autre examinateur. Suppression de la cloison vaginale en octobre. En décembre, avortement d'un œuf contenu dans l'utérus fibromateux ou que l'on croyait tel. En mars 1900, accouchement à terme, application de forceps pour suppression des contractions. Délivrance artificielle pour se rendre compte de l'état des utérus dont les cols sont unis en canons de fusil, les corps sont complètement indépendants.

OBSERVATION IV

Démelin-Perret (in Bull. Soc. Obst., Paris 1902)

Mme A..., 23 ans, II pare, est admise à la Clinique Tarnier, pour présentation de l'épaule trouvée lors de l'examen du 6 février 1902. On constate l'existence d'une bride vaginale épaisse. Col béant dans lequel on a la sensation d'un orifice admettant à peine l'extrémité du doigt. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse ronde, régulière, du volume d'une mandarine, réductible, que l'on reconnaît pour un utérus non gravide augmenté de volume ; le diagnostic s'impose de utérus duplex à corps séparés s'abouchant à un seul col. Dans les antécédents, on relève que les premières règles ont eu lieu à 14 ans, qu'elles ont été tout d'abord irrégulières, puis à partir de 15 ans régulières, mais toujours abondantes, et indolores. Première grossesse en 1901. — La parturiente a expulsé à terme, après 4 jours de travail pénible et douloureux, un enfant mort. La grossesse actuelle arrive à peine à 8 mois. Les règles ont continué pendant trois mois au début de la grossesse. L'examen obstétrical note, épaule droite, dos en arrière, bassin plat. Les premières douleurs sont ressenties le 7 février à 9 heures ; la dilatation est complète à 12 h. 30. Version ;

extraction. Délivrance naturelle. Le toucher fait sentir les deux cols mous, perméables. Dans la nuit, expulsion de caduque vraisemblablement de l'utérus non gravide.

OBSERVATION V

Bar (in Bull. Soc. Obs., Paris 1902)

Mme X.., 30 ans, I pare, réglée pour la première fois à 17 ans, depuis toujours régulièrement. Evolution de grossesse normale ; l'accouchement a lieu à terme ; le travail se prolonge pendant 17 heures. La période d'expulsion tardant, la femme est amenée à la clinique Tarnier. On découvre une cloison vaginale épaisse ; hymen complet à chaque orifice vulvaire. Le vagin droit est spacieux. Application de forceps. Délivrance normale. La cloison vaginale s'est déchirée dans son tiers inférieur. Le col droit est largement ouvert ; le col gauche très mou est perméable dans son orifice externe. Les deux cols sont séparés l'un de l'autre et mobiles.

Suites de couches fébriles sans complications.

OBSERVATION VI

Reynès (in Bull. Soc. Obs., Paris, 1902)

Mme X.., 30 ans, I pare, réglée pour la première fois à 13 ans ; règles régulières, mais abondantes, durant 4 jours. Mariée à 28 ans, les dernières règles ont été observées le 28 juin 1901. La grossesse évolue normalement, on note de l'œdème au 7e mois.

Le 6 avril 1902, rupture prématurée des membranes. Le 7 avril, travail normal, mais lent ; la sage-femme fait appeler le médecin. A l'examen la voussure abdominale est très pro-

noncée à droite ; tête dans l'excavation mal fléchie. Alors que la sage-femme affirmait avoir senti les cheveux de l'enfant, le médecin trouve un col fermé que la sage-femme trouve ainsi dans un nouveau toucher. Examen plus approfondi, sous le contrôle de la vue, fait découvrir que le cul-de-sac gauche est moins ample que le droit ; il existe deux cols l'un fermé, l'autre à dilatation complète, tête engagée. Terminaison de l'accouchement ; hémorragie : délivrance artificielle qui permet de constater l'existence d'un utérus didelphe.

OBSERVATIONS VII et VIII

Bonnaire (in Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1902)

Observations de deux cas de grossesse dans utérus bifide. Pendant que l'œuf se développait dans l'une des cornes, l'autre corne était le siège d'un accroissement considérable de sa muqueuse qui présentait toutes les modifications de la caduque.

Les grossesses ont évolué normalement et les accouchements ont eu lieu à terme sans incident. Après la délivrance, expulsion spontanée de caduque de la corne non gravide.

OBSERVATION IX

Lefèvre L. et Bonnet (in J. de Scienc. Méd. Lille, 1904)

Mme X., 38 ans, V pare. 1re grossesse à 32 ans, présentation du siège, enfant mort. 2e et 3e grossesses. Présentation de l'épaule, version, par manœuvres internes, laborieuses ; enfants morts. 4e grossesse, accouchement prématuré, présentation transversale, version par manœvres externes, tampon ; application de forceps. 5e grossesse, accouchement à 8 mois et demi présentation de l'épaule, tentative de version externe sans ré-

sultat. Version par manœuvres internes. La malformation est reconnue après la délivrance : utérus cordiforme.

OBSERVATION X

Audebert et Poux (in Compte rendu Soc. Obst. et Gyn. et Pœd., Paris 1908)

Mme X.., 23 ans, I pare, premières règles à 14 ans, régulières, indolores, se fait examiner pour pertes hémorragiques avec caillots alors qu'elle est enceinte de 7 mois environ. L'examen fait découvrir un utérus incliné à droite, plus développé à droite qu'à gauche. La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche, le siège en haut et à droite ; au toucher, les deux doigts se trouvent séparés par une cloison vaginale ; le vagin droit est plus étroit et conduit à un col étroit et ramolli. Cette constatation donne au mari l'explication de certains rapports plus gênés que d'autres.

OBSERVATION XI

Malapert (in Poitou Médical, Poitiers, 1908)

Mme X..., 51 ans, réglée pour la première fois à 13 ans. Mariée à 18 ans ; fait un avortement de deux mois un an après. A cinq ans d'intervalle, deux accouchements qui paraissent avoir été normaux.

Examinée, on trouve à la vulve, la muqueuse vaginale qui semble prolabée et faire saillie parallèlement entre les grandes lèvres. En rejetant cette muqueuse à gauche, on pénètre dans un vagin normal, qui donne accès à un col portant cicatrice transversale ; en rejetant la muqueuse à droite, on a des difficultés de pénétrer dans un second vagin étroit, où le doigt

est bridé ; au fond de ce vagin, col petit, pointu et dur. Les doigts introduits dans chaque vagin se rejoignent dans la profondeur. On constate entre les deux cols une dépression assez grande.

OBSERVATION XII

Lequeux (in Bull. Soc. Obst. Paris, 1908)

Utérus cordiforme où se produisit un avortement de 5 mois environ. La délivrance présentait cette particularité que le placenta était constitué par deux lobes séparés donnant au premier examen l'impression d'un œuf de grossesse gémellaire.

OBSERVATION XIII

Pierra L. (in Bull. Soc. Obst., Paris, 1908)

Mme S..., 26 ans, l'pare, réglée à 14 ans, peu d'abord, puis plus abondamment, toujours irrégulièrement et avec intervalle d'aménorrhée complète de 6, 8 et 10 mois. Mariée en avril 1907 ; le mari s'aperçoit que les rapports présentent parfois des difficultés. Les dernières règles sont du 15 mai 1907. L'examen à 6 mois fait constater un utérus manifestement bilobé, lobe droit plus développé. La paroi utérine s'applique étroitement sur le fœtus qui ne peut être mobilisé ; la mère perçoit peu de mouvements. Il existe une cloison vaginale de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, plissée comme la muqueuse vaginale normale. Le vagin droit est plus large, un seul col. Présentation du siège. Lors de l'accouchement, qui se fit à terme, l'enfant vint se placer à cheval sur la cloison vaginale, qu'on fut obligé de sectionner. L'utérus non gravide, plus ou moins situé dans l'excavation, gêne un certain

temps l'engagement, mais remonte spontanément. Délivrance normale. Dans les suites de couches, légères rétentions lochiales.

OBSERVATION XIV

Bouquet H. (in Lyon Médical, 1909)

Mme R..., 26 ans, III pare. Premières règles à 15 ans, toujours irrégulières, peu abondantes. 1re grossesse en 1905, accouchement à 8 mois et demi ; siège complet. Première crise de paludisme. Décembre 1907, avortement de 2 mois et demi.

Grossesse actuelle : dernières règles 29 février 1908 ; l'utérus paraît unilatéral, presque tout entier dans le côté droit ; toucher donne sensation d'un col anormal qui tantôt est entr'ouvert et mou, tantôt fermé et dur. L'examen au spéculum fait constater l'existence de deux cols séparés par une bride. A 8 mois et demi, accouchement par le siège. Lors de la 1re grossesse la malade dit avoir observé qu'elle portait surtout à gauche et qu'à 8 mois il y eut une expulsion de débris dans lesquels on reconnut un fœtus de trois mois environ.

OBSERVATION XV

Bastian (Revue Médicale de la Suisse Romande, 1909)

Mme X..., 23 ans, menstruation régulière, précédée de coliques légères ; mariée en 1907, dernières règles fin novembre 1907. Dès la 6e semaine, métrorragie avec perte d'une membrane ayant tous les caractères de caduque ; légères douleurs à gauche. L'examen montre un utérus en latéro-déviation droite ; à gauche, dans le cul-de-sac, masse transversale, molle, élastique, non douloureuse, mobile, qui paraît indé-

pendante. On pose le diagnostic de grossesse tubaire. Laparotomie en 1908, qui fait découvrir qu'il s'agit d'un second utérus appendu au premier, au voisinage du col ; aucune communication entre les deux cavités. Extirpation. La malade est revue en novembre 1908 : utérus en antéversion, menstruation régulière, non douloureuse. L'examen de la pièce montre un utérus à musculature précaire et faible vascularisation des villosités. La cavité contient un fœtus de 5 centimètres et demi.

OBSERVATION XVI

Daspre (in Cong. d'Ass. franç. Chir., Paris, 1910)

Mme X... vient consulter pour une certaine particularité gênante de ses voies génitales : le mari a constaté deux compartiments vaginaux ; celui de droite seul est utilisé. Réglée à 11 ans, normalement. Dernières règles 7 mai 1909. L'utérus est gravide ; l'utérus gauche est augmenté de volume, légèrement rétro-versé ; vagin double, deux cols. Présentation siège complet. Accouchement à terme, 4 février 1910. Le travail débute à 11 heures du soir ; la dilatation est complète le lendemain à 5 heures. Expulsion de la tête dernière, sans manœuvre de Mauriceau, à 7 heures. L'enfant pèse 3 kg. 500 ; à 8 heures, délivrance naturelle.

OBSERVATION XVII

Princeteau (in Cong. Assoc. franç. Chir., Paris, 1910)

Malade chez qui on porte diagnostic erroné de salpingo-ovarite. Laparotomie qui fait reconnaître erreur et duplicité utérine. L'intervention se termine par curettage d'un utérus

atteint de métrite totale. Postérieurement à cette intervention, la malade est devenue enceinte et est accouchée nomalement à terme.

OBSERVATION XVIII

Rochard et Coville (d'Orléans) (in Bull. Soc. Obst., Paris, 1910)

Mme L..., 29 ans, mariée depuis 7 ans, pas d'enfant. A eu, il y a 3 ans, un retard de 2 semaines, suivi de pertes sanguines un peu abondantes, avortement probable. Les règles ont toujours été douloureuses et abondantes, notamment en 1909 ; mais toujours régulières jusqu'en 1910 (mai). En juin, la malade se plaint de légères douleurs abdominales situées à gauche ; elle n'a que quelques pertes insignifiantes ainsi qu'en juillet. Le 22 juillet, pertes plus abondantes qui la font aller consulter. La palpation est douloureuse. Bride vaginale ; col fermé, utérus un peu augmenté de volume, sensible. Dans le cul-de-sac vaginal gauche, masse arrondie, élastique, sensible à la pression, légèrement mobile, mouvements ne se transmettant ni au col ni au corps de l'utérus. Le diagnostic est hésitant entre grossesse ectopique et petit kyste de l'ovaire. Ultérieurement à cet examen, nouvelles douleurs et pertes sanguines avec débris charnus. Un second examen fait constater l'augmentation de volume de la masse et de l'utérus rejeté à droite. Le 9 août, laparotomie qui fait découvrir utérus gravide à gauche et second corps utérin à droite, qui se sépare du 1er au niveau du cul-de-sac vésico-utérin, de volume moitié plus grand que l'utérus normal. On referme la paroi abdominale. Avortement le lendemain.

OBSERVATION XIX

Pinard (in Rev. prat. d'Obst. et Gyn., janvier 1910)

Femme de 28 ans, enceinte pour la 3e fois ; aucun antécédent particulier. En 1900 : accouchement à l'Hôtel-Dieu, enfant de 8 mois, qui vécut 12 heures. 2e grossesse, accouchement Hôpital Rotschild, semble avoir été normal. 3e grossesse : dernières règles fin février 1909. Evolution normale de la grossesse. Le 9 novembre, la femme entre en travail : utérus difforme avec corne plus développée que l'autre ; position transversale ; dilatation 1 franc ; impossibilité de ramener la tête au niveau du D. S. Présence au fond de l'utérus d'un éperon qui fut découvert au moment de la délivrance artificielle. Insertion vicieuse du placenta ; rupture des membranes ; pose de ballon ; version interne, évolution et extraction faciles suivies de délivrance artificielle.

OBSERVATION XX

Lequeux (in Bull. Soc. Obst., Paris 1910)

Mme G..., 24 ans, I pare. Réglée à 12 ans, interruption de 6 mois ; depuis règles irrégulières manquant un mois ou apparaissant deux fois au cours du même mois, à 15 jours d'intervalle ; règles assez abondantes, douloureuses. Pertes blanches entre les règles. Lors de l'examen, la grossesse est près du terme. Le fond de l'utérus est fortement dévié à droite, allongé, cylindrique ; perception du ligament rond à droite, pas à gauche. Présentation du siège. Cloison vaginale complète trouvée par exploration bidigitale ; l'utérus non gravide est en latéro-version nette dans le fond du vagin gauche.

OBSERVATION XXI

Piquand et Bitte (in Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, 1910)

Mme J. A..., 34 ans, entre à l'hôpital pour pertes et douleurs abdomino-pelviennes depuis plusieurs mois. Règles toujours régulières. A fait trois avortements de 5 mois environ. Suit l'examen de la malade, qui fait découvrir deux corps utérins, deux cols séparés, bride vaginale dans fond du vagin.

OBSERVATION XXII

Edmond Lévy (in Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, 1910)

Présentation d'une pièce enlevée pour salpingite double ; il existait deux utérus et une bride recto-vésicale nette.

OBSERVATION XXIII

Brouha 1. (in Scalpel, Liège, 1910)

Mme X..., 25 ans, réglée à 12 ans; avance toujours de 6 à 7 jours ; règles très douloureuses. A fait une grossesse à 22 ans et demi ; évolution et accouchement normal. Pendant la grossesse et l'allaitement, pas de règles, pas de douleurs. Avec la suppression de l'allaitement, les règles reviennent et les douleurs également, qui la font consulter. L'examen fait, l'erreur de diagnostic commande intervention ; laparotomie montre utérus double, dont l'un ne possède qu'un vestige de col fixé à la paroi vaginale et relié à l'autre par un pont conjonctif. Extirpation de cet utérus, dont la cavité contient du sang poisseux en petite quantité, donnant l'impression que le sang des règles qui s'écoulait dans cette cavité close devait être résorbé entre chaque règle.

OBSERVATION XXIV

Brouha 2, (in Scalpel, Liège, 1910)

Mme X...; 23 ans, réglée à 12 ans, régulièrement, mais douloureusement pendant la première journée. Mariée à 19 ans et demi. Avortement de 5 mois et demi. Quatre mois plus tard, nouvelle grossesse qui est interrompue à 6 mois et demi. Un an plus tard, nouvelle grossesse qui est également interrompue à 6 mois et demi. Chaque fois, après ces 3 grossesses, il y a eu, dans les jours suivants, expulsion d'une membrane de forme triangulaire, qui a fortement intrigué l'accoucheuse. La 4e grossesse est prise pour une grossesse extra-utérine. L'intervention montre qu'il s'agit d'un utérus double, dont l'un gravide est longuement pédiculé, s'implantant sur le col de l'autre. Accouchement prématuré à 7 mois et demi. Pendant les suites de couches, élimination de petits fragments non caractéristiques.

OBSERVATION XXV

Rochard-Stern (in Bull. et Mém. Soc. Chirurg., Paris, 1910)

Mme X..., 27 ans, toujours bien réglée, mais règles abondantes et déprimantes, durant 8 à 12 jours ; avortement en janvier 1909. Dernières règles : 25 septembre 1909. Six semaines après, métrorragies. Evolution de grossesse normale jusqu'au 9 novembre, où douleurs brusques, violentes, nausées, tendance à syncopes, métrorragie abondante, repos ; tout rentre dans l'ordre, mais pertes et crises douloureuses reprennent sitôt que malade se lève. L'examen et les symptômes font conclure grossesse ectopique. Intervention ; extirpation de la pièce qui montre deux utérus à fond et bords totalement libres, convergent vers l'isthme. Deux cols utérins : gravidité contemporaine des 2 utérus.

OBSERVATION XXVI

Morestin (in Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris 1910)

Mme X..., 22 ans. Signes de grossesse depuis 4 mois ; l'examen fait percevoir utérus en place normale mobile, col peu modifié et à droite de l'utérus, tumeur volumineuse dans laquelle on perçoit bruits de cœur fœtal. Hémorragies se produisent qui font penser à grossesse extra-utérine. Intervention fait trouver dans la tumeur, utérus gravide, uni par pédicule à un autre utérus. Extirpation.

OBSERVATION XXVII

Guinard (in Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, 1910)

Mme Al. G..., 40 ans, toujours bien réglée ; 3 accouchements normaux antérieurs. Depuis 3 mois, pertes sanguines incessantes, douleurs abdominales, troubles urinaires, augmentation de l'abdomen depuis 1 mois. Le toucher fait penser à utérus fibromateux. Intervention 25 juin 1907. L'examen de la pièce montre que la cavité utérine se divise en 2 loges, séparées par éperon médian, chacune contenant un kyste sanguinolent, dont le contenu est composé d'un embryon et placenta mous, diffluents. La cavité utérine inférieure était gravide.

OBSERVATION XXVIII

Souligoux (in Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, 1910)

Mme X..., 40 ans, multipare, venant consulter pour troubles. L'examen fait trouver une tumeur à droite, du volume d'un poing, molle, fluctuante, qui est un utérus légèrement augmenté de volume, tenant avec une autre tumeur, se dur-

cissant sous la main. Continuation des règles, mais légèrement diminuée en quantité. Le diagnostic de grossesse étant douteux, attente. Deux mois après, tumeur augmentée de volume, plus indépendante. Trois semaines après, la masse a disparu, fondue avec utérus ; perception des bruits du cœur. Evolution normale de la grossesse, accouchement normal.

OBSERVATION XXIX

Blanc et Bayhoux (Loire Médical, St-Etienne, 1911)

Mme Vict. R..., 22 ans, réglée à 12 ans, violentes douleurs pendant 8 jours, puis écoulement si abondant que le lit fut inondé. L'augmentation de l'abdomen, situé à gauche, lors des douleurs, disparaît après l'écoulement ; règles irrégulières avec des arrêts de 3, 6 mois. Quand la malade vient consulter, l'abdomen est augmenté à gauche, fréquents besoins d'aller à la selle ; un mois après, abondant flux noirâtre. Intervention ; utérus double avec hématocolpos.

OBSERVATION XXX

Gross et Frühinsholz (in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1913)

Malade dont les règles sont très douloureuses, peu abondantes, revenant toutes les 3 semaines, chez qui on a pratiqué hémi-hystérectomie pour hématosalpinx. Depuis opération, règles non douloureuses ; devient enceinte ; évolution normale. Accouchement : début du travail le 23 janvier, à 8 heures du soir ; le 24, à 14 heures, col en voie d'effacement. Le 25, à 19 heures, dilatation complète ; à 19 h. 20, accouchement spontané.

OBSERVATION XXXI

Brindeau 1. (in Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1913)

Mme X..., 36 ans, réglée à 13 ans. Pendant 9 ans, marié sans enfant. En 1910, avortement de 5 mois ; évacuation de caduque. L'examen avait montré la présence de deux utérus et un seul col. Un mois après, impossibilité retrouver trace bifidité. 1911 : 2e grossesse : avortement à 6 mois suivi d'expulsion de caduque. 1913 : 3e grossesse : évolution sans incident jusqu'au 7e mois. Les trois grossesses ont eu lieu dans la corne gauche chaque fois.

OBSERVATION XXXII

Brindeau 2, (in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1913)

Mme X..., 26 ans, réglée à 14 ans, appendicectomie à 24 ans. Grossesse évolue normalement ; l'examen montre deux corps utérins, deux cols, vagin unique sans bride. Accouchement rapide à terme. Arrière faix présentant une poche membraneuse longue et étroite. Trois jours après expulsion d'une caduque.

OBSERVATION XXXIII

Fabre et Trillat (in Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1913)

Présentation d'un utérus cordiforme. La malade est morte à 6 mois de grossesse par rupture. La pièce montre une échancrure médiane, des cornes globuleuses. Le fœtus est en position transversale. L'épaisseur de la paroi utérine est de 8 à 10 millimètres au niveau de l'échancrure médiane,

s'amincit progressivement jusqu'à 2 millimètres au niveau des cornes.

OBSERVATION XXXIV

Baudet (in Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, 1920)

Mme R..., 25 ans, réglée à 15 ans ; perd régulièrement pendant 8 jours, abondamment ; douleurs pendant les premiers jours dans le côté droit du bas-ventre, douleurs très vives. Dernières règles : 20 février 1920 ; plus de douleurs, pas de pertes, vomissements. Fin juillet, douleurs progressives, troubles urinaires ; entre à l'hôpital. L'examen fait percevoir trois masses ; l'évolution des symptômes fait penser à kyste de l'ovaire tordu ou grossesse extra-utérine, avec thrombose vaginale ou kyste du vagin. Intervention : l'examen de la pièce montre que la tumeur gauche est un utérus contenant un fœtus de 13 à 15 centimètres ; la tumeur droite est un utérus normal communiquant avec cavité cervicale de l'autre utérus et conduisant dans une cavité contenant un liquide brun, fétide (pièce au musée Dupuytren).

Conclusions

Lorsque le diagnostic aura pu être posé d'utérus double et grossesse, il y aura lieu de :

1° Surveiller attentivement l'évolution de la grossesse et prévoir l'interruption qui se fait très fréquemment.

2° Etre prêt, au moment de l'accouchement, à intervenir suivant toutes les éventualités : présentation vicieuse, rupture utérine, dystocie de la corne non gravide, inertie.

3° Inertie utérine encore plus à craindre lors de la délivrance dont les hémorragies seront à redouter dans les utérus à cloison.

4° Réserver le pronostic des suites de couches à cause des rétentions fréquentes et des possibilités d'infection.

En terminant, il y aurait peut-être lieu de faire une place à part à l'étude du traitement gynécologique des malformations utérines, qui semble avoir donné des résultats excellents aux opérateurs qui se sont occupés de la question, traitement que certai-

nes observations paraissent encourager puisque les malades se trouvent soulagées et puisqu'aucune entrave ne semble être apportée de ce fait à la conception et l'accouchement ultérieurs.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
A. BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Bibliographie

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Paris.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'art des Accouchements, 1914.

Beasse. — Contribution à l'étude des malformations génitales de la femme. — Thèse Paris, 1902-1903.

Bertlick, Heinz. — Schwangerschafts und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus. — Thèse Heildelberg, 1913.

Brindeau. — Leçon clinique Obstétricale, 1923.

Bousquet. — Grossesse et accouchement dans les utérus didelphes. — Thèse Montpellier, 1902.

Bulletins et Mémoires Société Anatomique, Paris.

Bulletins Société d'Obstétrique, Paris.

Bulletins Société d'Obstétrique et Gynécologie, Paris.

Comptes Rendus Société d'Obstétrique et Gynécologie et Pédiatrie, Paris.

Dubreuil-Chambardel. — De la duplicité du canal génital de la femme. — Tours, 1906.

Fabre. — Traité d'Obstétrique.

Gaulène (J.). — Evolution de la grossesse dans les utérus cordiformes. — Thèse Paris, 1912.

Imbert (G.). — Développement de l'utérus et du vagin. — Th. Agrégation, 1883.

Journal des Sage-femmes.

Kresg. — Recherches sur les cas d'utérus double. — Thèse Paris, 1842.

Le Besque. — De la délivrance dans les malformations utérines. — Thèse Paris, 1911-1912.

Pamboukis (D.). — Les malformations des organes génitaux internes de la femme. — Thèse Paris, 1921.

Pinard. — Leçon Clinique obstétricale, 1909.

Piquand (G.). — Les utérus doubles. — Anatomie et développement, 1910.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Pruvost. — Utérus double et accouchement. — Thèse Paris, 1895-96.

Revue pratique d'Obstétrique et Gynécologie, Paris.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Traité d'Obstétrique.

Rocher (H.). — Recherches sur la duplicité de l'utérus et du vagin. — Thèse Lyon, 1880.

Rudaux. — Malformations utérines et grossesse. — Leçon clinique, 1912.

Scalpel, Liège.

Tarnier et Budin. — Traité des Accouchements.

Thibaud. — Des malformations utérines au point de vue clinique. — Thèse Paris, 1892-93.

Tribune Médicale, Paris.

Tourneux. — Précis d'Embryologie, Paris, 1921.

Wallich. — Eléments d'Obstétrique.

Winkels. — Handbuch de Geburtshülfer, 1904.

Veit. — Handbuch der Gynakologie, 1910.

Imp. Commerciale Perrette, Limoges

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Bouv